

Nazwa kwalifikacji: **Administrowanie dokumentacją w produkcji audiowizualnej**

Symbol kwalifikacji: **AUD.10**

Numer zadania: **01**

Wersja arkusza: **SG**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **180** minut.

AUD.10-01-24.06-SG

EGZAMIN ZAWODOWY

Rok 2024

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

**PODSTAWA PROGRAMOWA
2019**

Instrukcja dla zdającego

1. Na pierwszej stronie arkusza egzaminacyjnego wpisz w oznaczonym miejscu swój numer PESEL i naklej naklejkę z numerem PESEL i z kodem ośrodka.
2. Na KARCIE OCENY w oznaczonym miejscu przyklej naklejkę z numerem PESEL oraz wpisz:
 - swój numer PESEL*,
 - oznaczenie kwalifikacji,
 - numer zadania,
 - numer stanowiska.
3. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 6 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
4. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
5. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
6. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
7. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw arkusz egzaminacyjny z rezultatami oraz KARTĘ OCENY na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
8. Po uzyskaniu zgody zespołu nadzorującego możesz opuścić salę/miejsce przeprowadzania egzaminu.

Powodzenia!

* w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Zadanie egzaminacyjne

Przedsiębiorstwo Produkcyjne ANIMACJA Joanna Zakrzewska prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą związaną z produkcją filmów animowanych.

1. W imieniu właściciela firmy sporządź i wydrukuj:
 - Umowę zlecenie nr 1/04/2024 ze Zbigniewem Skowronem.
 - Rachunek do umowy zlecenie nr 1/05/2024 ze Zbigniewem Skowronem.
 - Wniosek o udzielenie zgody na udział nieletniego w projekcie o charakterze reklamowym do Okręgowego Inspektoratu Pracy w Warszawie.
2. Wypełnij zamieszczony w arkuszu egzaminacyjnym formularz ZUS ZUA Zgłoszenie do ubezpieczeń dla Zbigniewa Skowrona zatrudnionego na umowę zlecenie.

Zadanie wykonaj na przygotowanym stanowisku egzaminacyjnym, wyposażonym w komputer podłączony do drukarki sieciowej, z zainstalowanym niezbędnym oprogramowaniem biurowym.

Do rozwiązywania zadania wykorzystaj pliki zapisane na pulpicie komputera w folderze *Zakrzewska* zabezpieczone hasłem: *Skowron_20*

Uwaga:

Gotowość do drukowania zgłoś przewodniczącemu Zespołu Nadzorującego (ZN) przez podniesienie ręki. W nagłówku każdego wydruku umieść swój numer *PESEL*. Każdy plik wydrukuj na kartkach formatu A4. Wykonane wydruki załącz do arkusza egzaminacyjnego i pozostaw na stanowisku egzaminacyjnym. Oceniona będzie tylko jedna wersja wydruku, błędne wydruki oznacz słowem BRUDNOPIS.

Informacje niezbędne do wykonania zadania

Dane identyfikacyjne Przedsiębiorstwa Produkcyjnego ANIMACJA Joanna Zakrzewska

Dane identyfikacyjne właściciela	
Nazwa firmy	Przedsiębiorstwo Produkcyjne ANIMACJA Joanna Zakrzewska
Nazwa skrócona	ANIMACJA
Imię i nazwisko właściciela	Joanna Zakrzewska
Data i miejsce urodzenia	12.09.1975 r. Warszawa
PESEL	75091212099
NIP	4179805858
REGON	071609852
Adres zamieszkania/ adres do korespondencji	ul. Słowackiego 8/77, 03-530 Warszawa
Gmina/pocztą	Warszawa
Dane kontaktowe	fax: 22 6887799, tel: 600999888
	https://www.animacja_zakrzewska.pl , e-mail: joanna-zakrzewska@com.pl
Urząd Skarbowy	Pierwszy Urząd Skarbowy w Warszawie
Rachunek bankowy	81 8113 1020 6763 3871 8032 9437
	Bank Spółdzielczy w Warszawie
Forma prawna	jednoosobowa działalność gospodarcza

Informacje do sporządzenia umowy zlecenie i dokumentu ZUS ZUA dla Zbigniewa Skowrona

Imię i nazwisko wykonawcy		Zbigniew Skowron
Nazwisko rodowe		Skowron
PESEL		75041212000
Nr dowodu osobistego		LBR669859
Data i miejsce urodzenia		12.04.1975; Poznań
Adres zameldowania/zamieszkania		ul. Żelazna 9/88, 03-501 Warszawa
Dzielnica		Warszawa - Wola
Obywatelstwo		polskie
Rachunek bankowy	numer konta	PL 58 1340 8888 9999 0000 0000 0000
	nazwa banku	Bank Polski Spółka Akcyjna
Urząd skarbowy		Pierwszy Urząd Skarbowy w Warszawie
Data i miejsce zawarcia umowy		28.04.2024 r., Warszawa
Data rozpoczęcia wykonywania zlecenia		01.05.2024 r.
Data zakończenia umowy/wystawienia rachunku		31.05.2024 r.
Rodzaj umowy		umowa zlecenie
Przedmiot umowy/ zakres czynności		wykonanie pracy asystenta kierownika produkcji filmowej
Numer umowy		1/5/2024
Miejsce wykonywania pracy		ul. Słowackiego 8/89, 03-530 Warszawa
Wynagrodzenie		5000,00 zł brutto (słownie: pięć tysięcy zł 00/100)
Koszty uzyskania przychodu		20%
Ilość egzemplarzy umowy		dwa po jednej dla każdej ze stron
Kod tytułu ubezpieczenia		041100
Oddział NFZ		07R mazowiecki
Data powstania obowiązku ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych (ubezpieczenie: emerytalne, rentowe, wypadkowe, zdrowotne - obowiązkowe) (ubezpieczenie chorobowe – dobrowolne)		01.05.2024 r.
Kod wykonywanego zawodu		343902
Data sporządzenia dokumentu ZUS ZUA		07.05.2024 r.

**Dane z umowy zlecenia potrzebne do sporządzenia rachunku do umowy zlecenia
Zbigniewa Skowrona**

Numer rachunku do umowy zlecenie	1/05/2024
Numer umowy zlecenia	1/04/2024
Data zawarcia umowy	28.04.2024 r.
Kwota wynagrodzenia brutto	5 000,00 zł
Koszty uzyskania przychodu	20%
Forma i dzień wypłaty wynagrodzenia	przelew, w dniu wystawienia rachunku
Data wystawienia rachunku	31.05.2024 r.
Składki na PPK	nie są opłacane
Naliczane składki ZUS	emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe, zdrowotne
Miesięczna ulga podatkowa	zleceniobiorca nie złożył oświadczenia PIT-2

Wytyczne dotyczące wniosku do Okręgowego Inspektora Pracy w Warszawie

Wniosek do Okręgowego Inspektora Pracy powinien być sporządzony na załączonym papierze firmowym. Powinien zawierać wszystkie niezbędne elementy, charakterystyczne dla tego typu pisma oraz wyczerpujące informacje na temat osoby nieletniej biorącej udział w projekcie o charakterze reklamowym. Informację o przebywaniu na planie filmowym pod opieką opiekuna prawnego (dane opiekuna), ubezpieczeniu oraz informację o zabezpieczeniu miejsca planu zdjęciowego zgodnie z obowiązującymi przepisami BHP, okres obowiązywania udzielonej zgody.

Dane potrzebne do sporządzenia wniosku do Okręgowego Inspektoratu Pracy w Warszawie ul. Płocka 11/13, 01-231 Warszawa	
Imię i nazwisko nieletniego	Jagoda Pieńkosz
PESEL	21292103794
Data i miejsce urodzenia	01.09.2016 r, Warszawa
Adres zameldowania/zamieszkania	ul. Myśliwska 8, 05-340 Kołbiel
Okres obowiązywania udzielonej zgody	01.06.2024 r. do 30.09.2024 r.
Charakterystyka pracy	udział w projektach o charakterze reklamowym
Rodzaj pracy	udział w zdjęciach lub nagraniach do reklam telewizyjnych, sesji zdjęciowych
Miejsce planu filmowego	studio filmowe - siedziba firmy
Czas trwania planu zdjęciowego	maksymalnie 6 godzin, wliczając w to przygotowania (stylizacja, wizaż), próby i przerwy.
Imię i nazwisko opiekuna prawnego	Marianna Pieńkosz - Zarzycka - matka
Adres zameldowania/zamieszkania	ul. Myśliwska 8, 05-340 Kołbiel
Data sporządzenia wniosku	25.05.2024 r.
Załączniki do wniosku	1. Zgoda opiekunów prawnych. 2. Zaświadczenie lekarskie. 3. Opinia poradni pedagogiczno-psychologicznej. 4. Opinia dyrektora szkoły.

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenie podlegać będą 4 rezultaty:

- umowa zlecenie nr 1/04/2024 – wydruk,
- rachunek do umowy zlecenie nr 1/05/2024 – wydruk,
- wniosek do Okręgowego Inspektoratu Pracy – wydruk,
- ZUS ZUA Zgłoszenie do ubezpieczeń – (w arkuszu egzaminacyjnym).

Formularz ZUS ZUA do wypełnienia w arkuszu egzaminacyjnym

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI Drukowanymi literami, CZARNYM LUB NIEBIESZYM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS ZUA		strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ	
I. DANE ORGANIZACYJNE 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ (jeżeli TAK, wpisać X) ☐ 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać = 1) / KOREKTY (wpisać = 2) DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ (nie dotyczy zmiany danych identyfikacyjnych) ¹⁾ ☐ 03. Data nadania (dd / mm / rrrr) 04. Nalazka „R”						
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PLATNIKA SKŁADEK	01. Numer NIP (wpisać bez kresek)		02. Numer REGION			
	03. Numer PESEL ²⁾		04. Rodzaj dokumentu: jeżeli dowód osobisty, wpisać 1, jeżeli paszport - 2		05. Seria i numer dokumentu	
	06. Nazwa skrócona					
	07. Nazwisko					
	08. Imię pierwsze				09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ	01. Numer PESEL ²⁾		02.		03. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)	
	05. Nazwisko		04. Seria i numer dokumentu			
	06. Imię pierwsze				07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)	
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ	01. Imię drugie					
	02. Nazwisko rodowe					
	03. Obywatelstwo					
	04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna) ☐					
V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾						
VI. DANE O OBOWIĄZKOWYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH						
01. Data powstania obowiązku ubezpieczeń (dd / mm / rrrr)		Osoba zgłaszana podlega ubezpieczeniom: (wpisać X w odpowiednim polu)				
		02. Emerytalnemu ☐		04. Chorobowemu ☐		
		03. Rentowym ☐		05. Wypadkowemu ☐		
VII. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM						
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)		02. Kod oddziału NFZ				
VIII. DANE O DOBROWOLNYCH UBEZPIECZENIACH SPOŁECZNYCH						
Wnoszę o objęcie ubezpieczeniami: (wpisać X w odpowiednim polu)						
01. Emerytalnym ☐		03. Rentowymi ☐		05. Chorobowym ☐		
02. Od dnia (dd / mm / rrrr)		04. Od dnia (dd / mm / rrrr)		06. Od dnia (dd / mm / rrrr)		
IX. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM						
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)		02. Kod oddziału NFZ				
X. INNE DANE O OSOBIE ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZEŃ						
01. Kod wykonywanego zawodu ⁴⁾		02. Kod pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze ⁵⁾		03. Okres pracy w szczególnych warunkach / w szczególnym charakterze ⁶⁾ (dd / mm / rrrr)		

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZUA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZEŃ / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH OSOBY UBEZPIECZONEJ
-----------------------------------	---------	-----------	---

XI. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

XII. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Gmina / Dzielnica	
04. Ulica	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
07. Numer telefonu	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

XIII. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
03. Ulica	
04. Numer domu	05. Numer lokalu
06. Skrytka pocztowa	07. Numer telefonu
09. Adres poczty elektronicznej	08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

XIV. OŚWIADCZENIE PLATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika składek lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika składek

XV. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XVI. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZUA.

²⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

³⁾ Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.

⁴⁾ Należy wpisać kod wykonywanego zawodu. Kod zawodu stanowi sześciocyfrowy numer określony w załączniku do rozporządzenia w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.

⁵⁾ Pola te wypełnia się w celu zgłoszenia / korekty danych dotyczących okresu sprawozdania z dnia 1 stycznia 2009 r.

Wypełnia zdający

Do arkusza egzaminacyjnego dołączam wydruki w liczbie: kartek – czystopisu i kartek – brudnopisu.

Wypełnia Przewodniczący ZN

Potwierdzam dołączenie przez zdającego do arkusza egzaminacyjnego wydruków w liczbie kartek łącznie.

.....
Czytelny podpis Przewodniczącego ZN